

#Por ELLA

EMBARAZO VULNERABLE
El Gran Ausente del Debate

ideapaís.

cj | comunidad
y justicia



Director de Estudios

Cristóbal Ruiz-Tagle

Investigadores

Felipe Garay

Luis Robert

Colaborador

Cristóbal Aguilera

Diseño y Diagramación

María Jesús Castro

EMBARAZO VULNERABLE

El Gran Ausente del Debate

El pasado 31 de enero de 2015 se firmó el proyecto de ley que *regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales: violación, inviabilidad fetal y riesgo de vida de la madre*. Según palabras de la Presidenta, se trata de una tarea *“impostergable del Estado y un compromiso de mi gobierno”* y una exigencia del *“bien común en una sociedad en la que conviven distintas concepciones religiosas, filosóficas y culturales”*.

En tal escenario, desde IdeaPaís hemos decidido reeditar nuestro informe *“Embarazo Vulnerable: realidad y propuestas”*, actualizando los contenidos y dando a conocer nuevas aristas en la discusión, mostrando que un cambio en el estatus legal del aborto, más que ser una estrategia preventiva, profundiza el problema. Estamos conscientes que cada aborto es una señal de que hemos llegado tarde¹, por ello, pensamos que el *embarazo vulnerable* es un concepto clave que debe articular el diseño de estrategias preventivas del aborto por parte del Estado y la sociedad civil.

Para finalizar, presentaremos un marco de políticas públicas de acompañamiento efectivo e integral para mujeres en situaciones de embarazos difíciles y algunas reformas legales sustantivas que permitirán avanzar hacia un consenso respecto a esta grave situación.

I.- Contexto de la Discusión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año se embarazan 208 millones de mujeres en el mundo, de las cuales el 41% corresponde a embarazos no planificados o no deseados (OMS, 2012). Pese a que para la OMS los embarazos no planificados y no deseados parecen ser sinónimos, la distinción no es trivial en términos epidemiológicos. Un embarazo no deseado se utiliza como argumento, la mayor parte de las veces, para justificar un inexistente *“derecho al aborto”*, especialmente cuando se prevé que la condición de embarazo no deseado será un estado permanente en la mujer (Comunidad y Justicia, 2014). La misma OMS suele confundir ambas realidades, sosteniendo que *“la probabilidad de que una mujer tenga un embarazo no deseado y que intente un aborto inducido es prácticamente la misma”* (OMS, 2012).

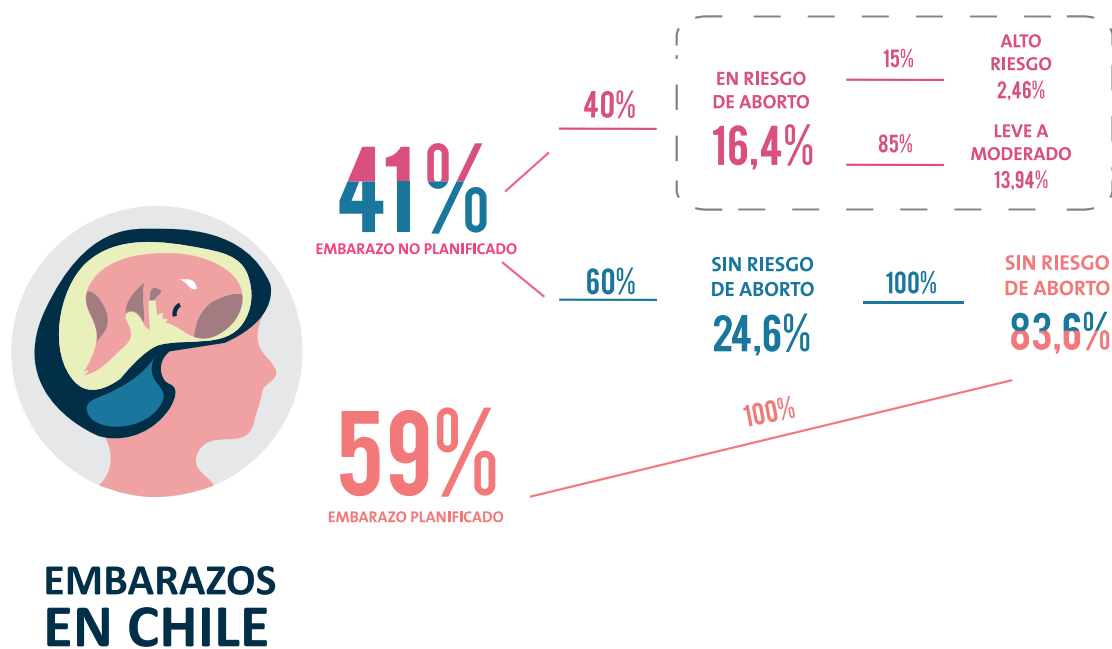
Si bien, en principio, una mujer que no desea un embarazo puede pensar en realizarse un aborto, la experiencia enseña que con el transcurso de la gestación es perfectamente posible que ella modifique la percepción que tiene de su hijo —al realizarse una ecografía obstétrica, o al escuchar los latidos del corazón, a partir de la 6-8 semanas, por ejemplo—, lo que implica que la condición de *“no deseado”* no es absoluta.

1.- BACHELET, M., Mensaje Presidencial 21 de Mayo de 2014. Disponible en: http://www.21demayo.gob.cl/pdf/2014_discurso-21-mayo.pdf

Por ello, parece ser más conveniente utilizar la terminología de “embarazo no planificado” o “no intencionado”, puesto que no todos éstos llegarán a ser no deseados y terminarán eventualmente, en un aborto.

Además, la experiencia de acompañamientos efectivos muestra que las mujeres, con el transcurso del tiempo, van aceptando su maternidad. Por ejemplo, en el estudio reciente de series de población conducido por Finer y Zolna en Estados Unidos, un país con aborto accesible a petición bajo ciertos parámetros desde 1974, el 51% de los embarazos fueron no planificados o no intencionados entre 2001 y 2008. Del total de embarazos no planificados, 40% terminó en un aborto provocado. Esto evidencia que incluso con una legislación permisiva respecto al aborto durante cuatro décadas, la mayoría de los embarazos no planificados (60%) termina en un nacido vivo y no son, *de facto*, equivalentes a un embarazo no deseado que terminará en un aborto provocado (Finer & Zolna, 2014).

Figura 1.
Probabilidad de embarazo no planificado y riesgo de aborto provocado en Chile



Fuente: Elaboración propia en base a KOCH, E., ILLANES, S., et.al, (2014)

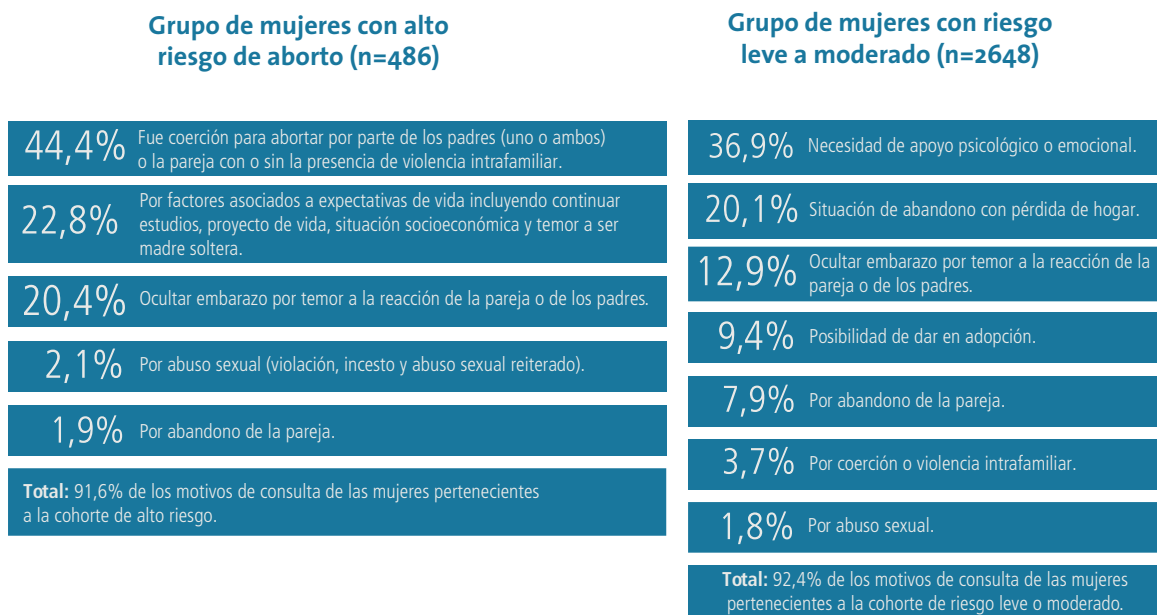
A continuación, describiremos la realidad del embarazo vulnerable, señalando los distintos factores de vulnerabilidad asociados, especialmente aquellos que dicen relación directa con el aborto.

II.- Embarazo Vulnerable: Una respuesta preventiva al aborto

Un *embarazo vulnerable* es un concepto dinámico y relacional, que se refiere a las circunstancias que inciden en que el embarazo no se pueda vivir con normalidad, en muchos de los casos esto pasa por el mismo contexto social en que éste se desarrolla, lo que hace que la mujer requiera de un acompañamiento especial (Luna, 2008). Algunas de las circunstancias condicionantes más relevantes son la estabilidad emocional de la mujer, soledad y abandono, angustia, edad, situaciones de violencia, situación socioeconómica, estructura o función familiar, proyectos de vida deshechos, entre otras.

El *embarazo vulnerable* afecta principalmente a adolescentes (15 a 19 años) y a la población joven (20 a 29 años). Alrededor de 35% de los embarazos vulnerables no planificados en riesgo de aborto corresponden a menores de 20 años, y en un 33% de los casos ocurren entre mujeres de 20 y 24 años. Factores como coerción por parte de uno o ambos padres, o la pareja, son extremadamente frecuentes en ambos grupos, así como el ocultamiento por temor a la reacción de los padres. Estos factores podrían explicar entre el 60% y el 70% de las motivaciones para abortar en el grupo de alto riesgo (es decir, en aquellas que explicitan su intención de no tener a su hijo).²

Figura 2.
Motivo de consulta de las mujeres con riesgo de aborto



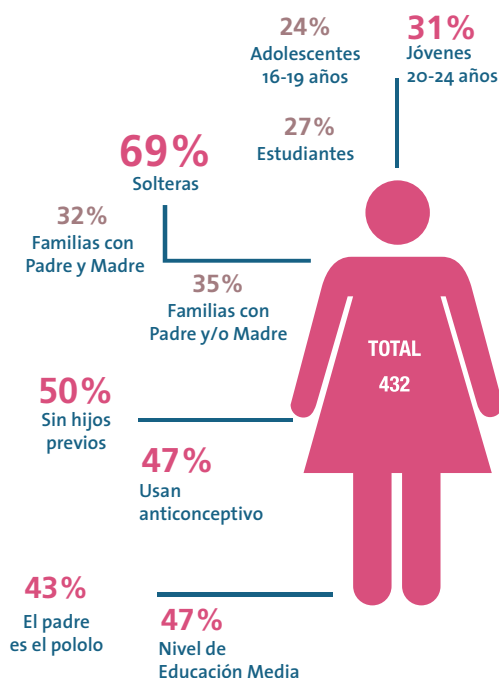
Fuente: Elaboración propia en base a Estudio de Koch.

2.- Comunicación personal de Elard Koch.

En relación al embarazo adolescente, una de sus causas y que tiene relación con el embarazo no planificado, es el inicio precoz de la actividad sexual.³ Según la VII Encuesta Nacional de la Juventud del año 2012, cerca del 50% de los adolescentes es sexualmente activo, cifra que ha aumentado en 10 puntos porcentuales en las últimas mediciones de la INJUV, 2009 y 2012, respectivamente, en relación a las mediciones del 2003 y 2006. De la totalidad de las jóvenes sexualmente activas, —71% a los 29 años de edad—, el 21% de ellas ha experimentado un embarazo no planificado y un 55% de las adolescentes tuvo un embarazo antes de cumplir los 20 años (INJUV, 2012). Especialmente preocupante resulta la vulnerabilidad socioeconómica de las embarazadas adolescentes. Una gran mayoría pertenece al quintil más pobre, brecha que crece conforme aumenta la edad (Ministerio de Desarrollo Social, 2012).

En lo que respecta a la población juvenil, el fenómeno llamado “NINI” (jóvenes que ni trabajan ni estudian) es un factor adicional de vulnerabilidad, que engloba al 11% de la juventud. De este grupo, el 87% son mujeres, el 68% tiene hijos y el 57% pertenece a los quintiles más pobres. La alta proporción de mujeres se explica precisamente por la dedicación al cuidado de los hijos, de su embarazo o el hogar, donde se encuentran un 37,2% de las mujeres entre 20 y 24 años de nivel socioeconómico medio, porcentaje que aumenta en el nivel socioeconómico bajo a un 43,2%. El 70,5% de las mujeres jóvenes de edad entre 25 y 29 años, no busca trabajo por la misma razón⁴, realidad que si se desagrega, muestra un fuerte contraste entre nivel socioeconómico alto y bajo (8,6% v.s 73,5%) (INJUV, 2012).

Figura 3.
Perfil de las madres acompañadas por la Fundación Chile Unido



4.- Es importante tener esto en consideración, ya que expone un factor de vulnerabilidad del embarazo que se asocia con una estructura familiar monoparental, donde la mujer es la única fuente de ingresos, lo que ocasiona que el embarazo se transforme en una trampa de pobreza. Este fenómeno desemboca en que, pese al estado de necesidad de trabajo de la mujer, no pueda por la dedicación que exige el embarazo, lo que se ve acrecentado a medida que nos acercamos a los sectores más vulnerables.

Motivos de llamada al Programa Acoge una vida



Fuente: Documento elaborado por la Dirección de Estudios de la Fundación Chile Unido para Idea País.

En el ámbito internacional, el aborto legal o seguro se ha planteado como una solución para poner término a esta situación de vulnerabilidad (OMS, 2012). *En Chile, la evidencia científica más reciente ha mostrado que la solución no pasa por cambios en el estatus legal del aborto, sino por una especial protección desde la sociedad civil y del Estado hacia las mujeres que se encuentran en estas circunstancias.* En este contexto, un estudio recientemente publicado, muestra que la mayoría de las mujeres embarazadas en situaciones de vulnerabilidad, cuando reciben ayuda efectiva y acompañamiento integral, cambian su decisión de abortar (Koch E., 2014).

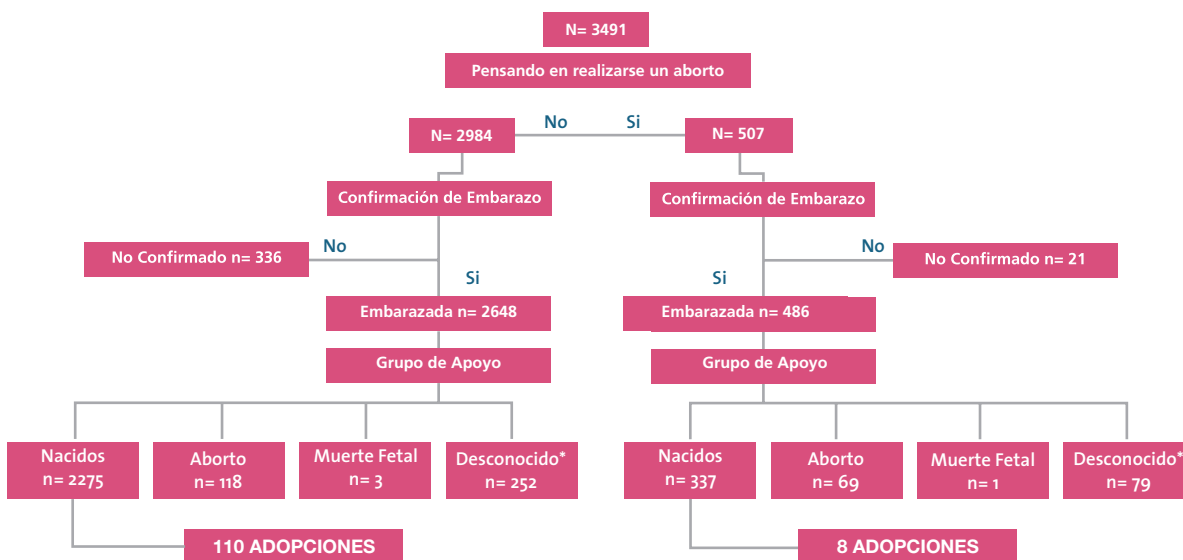
En efecto, *a partir de este estudio, ha sido posible diferenciar un grupo de alto riesgo para aborto provocado que representó poco más de un 15% de los embarazos en situación de vulnerabilidad.* Las situaciones de vulnerabilidad prevalentes en este grupo de alto riesgo fueron coerción, violencia, ocultamiento del embarazo por temor y expectativas de vida interrumpida. Dentro de este porcentaje de mujeres, un programa de apoyo que abordó el problema raíz, fue exitoso en alrededor de un 70%. Considerando sólo a las que permanecen en el programa y no lo abandonan por sobre la semana 20 de gestación (n = 407 mujeres), la tasa de éxito en prevenir el aborto es de 83,41%. *Las madres restantes, representan un grupo de riesgo leve a moderado, ya que están en una situación de vulnerabilidad distinta y presentan desenlaces mejores en su mayoría durante el seguimiento, compatible con el concepto de un menor riesgo de aborto y, quizás, de más fácil abordaje preventivo.* En estas mujeres el programa bordeó una tasa de éxito de 85%. Considerando sólo a las mujeres que no abandonan el programa antes de la semana 20 de gestación (n = 2.396), dicha tasa de éxito se elevó a un 95%.⁵

5.- Se trata de un estudio pionero en Chile, único en su tipo y con una muestra considerable aunque no necesariamente representativa de la realidad nacional (n = 3.134 mujeres) de embarazos no planificados o no intencionados en mujeres chilenas con riesgo de aborto. Para más información ver: IdeaPaís, Comunidad y Justicia. (2014). Embarazo vulnerable: realidad y propuestas. Santiago de Chile: IdeaPaís.

Dado que no se han realizado estudios directos en Chile sobre la totalidad de embarazos, en la Figura 4, se combinan los datos más recientes de la OMS, los estudios de Finer y Zolna (Finer & Zolna, 2014) en Estados Unidos y el estudio de Koch en mujeres chilenas con embarazos no planificados, con el fin de estimar una probabilidad de embarazo no planificado con riesgo de aborto (Koch E., 2014). En el esquema podemos observar que los embarazos con mayor probabilidad de terminar en aborto inducido emergerán del 41% de embarazos no planificados, ya que se observa que prácticamente la mayoría de los casos de embarazo planificado —pese a que también existen factores de vulnerabilidad asociados—, termina con un nacimiento normal.⁶

En este sentido, si se asumen las tasas de Finer y Zolna para los Estados Unidos con aborto de libre demanda (escenario en donde el 40% de los embarazos no planificados terminaron en un aborto provocado, es decir, el 60% terminará en un niño nacido vivo) y se aplican al contexto chileno, los embarazos no planificados en riesgo de aborto, se estimarán como el producto de la probabilidad de embarazo no planificado total (41%) por la probabilidad que termine en un aborto (40%) (Finer & Zolna, 2014). Posteriormente, se aplican las probabilidades para corregir por embarazos en alto riesgo (15%) y riesgo leve a moderado (85%) para un aborto provocado a partir del estudio de Koch para mujeres chilenas. En términos relativos, la probabilidad de un embarazo no planificado en riesgo de aborto rondará el 16% del total de embarazos; para alto riesgo, la probabilidad será 2,46% (2.460 por cada 100.000 embarazos observados); y para riesgo leve a moderado 13,94% (13.940 por cada 100.000 embarazos).

Figura 4.
Diagrama de flujo seguimiento mujeres embarazadas



*= Mujeres no observables, porque abandonaron el grupo antes de las 20 semanas.

Fuente: Elaboración propia en base a KOCH, E., ILLANES, S., et.al, (2014)

6.- Gentileza de profesor Koch, a partir de documentos de trabajo del Instituto MELISA.

II.- ¿Qué consecuencias tiene el aborto para la mujer?

Si bien en el ámbito internacional se discuten los efectos del aborto en la mujer y predomina en los organismos oficiales la tendencia de que los efectos del aborto inducido son similares a los de un embarazo que no llega a término por razones espontáneas (American Psychological Association, 2008), sin embargo, el análisis de la mejor evidencia permite concluir que **no hay razones que demuestren algún beneficio empírico para ellas, aunque sí existe una tendencia progresiva por parte de la comunidad científica a reconocer sus efectos negativos.**

Una de las investigaciones más importantes respecto al riesgo de presentar problemas de salud mental asociados al aborto, es la de Priscila Coleman, ya que contiene la muestra más grande disponible en la literatura mundial. Coleman analiza 22 estudios con una muestra de 877.181 pacientes, de las cuales 163.831 se practicaron un aborto, concluyendo que si bien no es tan fácil distinguir una conexión causal entre aborto y salud mental, sí se puede determinar que el aborto es un factor de riesgo estadísticamente válido para el desarrollo de varios desórdenes psicológicos. Los resultados de este análisis arrojaron que las mujeres que han tenido un aborto experimentaron un riesgo 81% mayor de problemas de salud mental manifestado de varias formas, dependiendo de la naturaleza del desenlace. Específicamente, las mujeres que se practican un aborto tienen más probabilidad de: 35% suicidarse; 21% de tener conductas suicidas; 27% uso de marihuana; 11% uso de alcohol; 9% depresión; 8% ansiedad (Coleman, 2011).

Por otra parte, un estudio del año 2010 concluyó que el aborto inducido predispone a las mujeres a un Trastorno de Estrés Agudo o ASD (“Acute Stress Disorder”) y a Stress post traumático o PTSD (“Post Traumatic Stress Disorder”). Después del aborto inducido, el 52,5% de las mujeres tenían un ASD, las que desarrollaron mayor prevalencia de sentimiento de culpa, irritabilidad, vergüenza, miedo, odio a sí misma y un 32,5% tenía un PTSD (Vukelić, Kapamadzija, & Kondić, 2010). En el ámbito latinoamericano, una investigación brasileña del año 2012, con una muestra de 871 embarazadas, observa que el aborto y el abuso sexual en los últimos 12 meses, es un factor de riesgo para un intento de suicidio o conducta suicida (Pinheiro, Coelho, Azevedo, & de Ávila, 2012). Otros estudios del año 2005, realizados en Estados Unidos y en Finlandia evidencian que el aborto inducido incrementa el riesgo de suicidio en 2 a 3 veces después de un año de haberse practicado un aborto (Gissler, Berg, Bouvier-Colle, & Buekens, 2005).

Además, evidencia del año 2014 da a conocer que la interrupción inducida del embarazo provoca un riesgo mayor a padecer cáncer de mamas, debido a un entorpecimiento en el desarrollo de los tubos mamarios, que están destinados a una transformación de tubos lactogénicos una vez que la mujer se embaraza, los que, a consecuencia del embarazo frustrado por aborto, son más propensos a generar células cancerígenas. (Huang, y otros, 2014). Otro estudio muestra que la sexualidad de las mujeres y sus parejas se ve afectado después de un aborto, presumiblemente por traumas psicológicos y la preocupación de otro embarazo no deseado (Yee Fook, Nelson Siu, & Lau, 2005).

Se agrega la evidencia del año 2014 que sostiene que los abortos inducidos, —incluso mediante el uso de Misoprostol que, en el ámbito internacional son considerados prácticas más seguras para realizarse un aborto—, aumentan la probabilidad de padecer un embarazo subsecuente prematuro, anterior a 36 semanas, lo que genera problemas al niño que está por nacer y costos de incubación asociados. Además, según otra investigación del año 2013, aumenta la prevalencia a padecer problemas de placenta previa, aumento de aborto espontáneo y rotura prematura de membrana (Makhlouf, y otros, 2014).

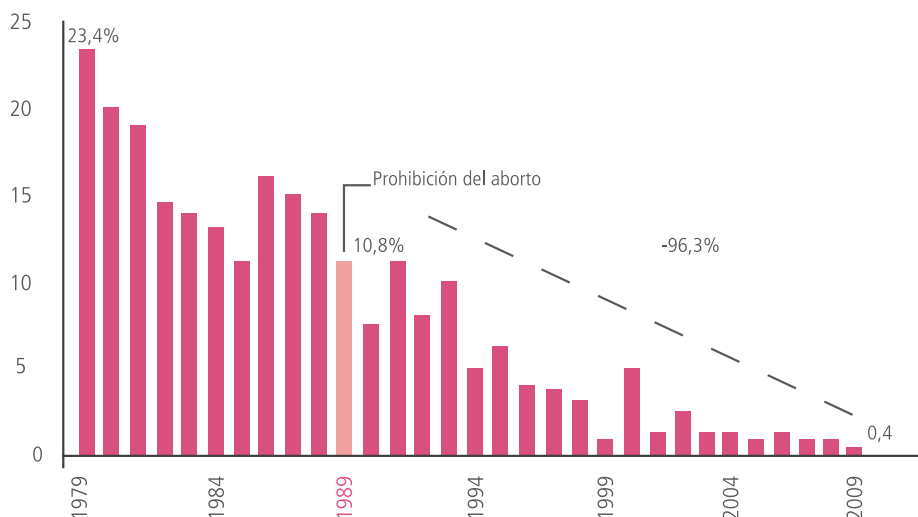
IV.- ¿Qué efecto tendría una eventual despenalización?

Durante los últimos decenios, las distintas modificaciones a las leyes relacionadas con la mujer embarazada o del niño que está por nacer, no han tenido un efecto neutral, más bien han influido positiva o negativamente en la percepción de la ciudadanía respecto del aborto.

La historia comienza en 1931, año en que, con el fin de frenar la mortalidad materna (cuya tasa en Chile era una de las más altas del mundo), se permitió “interrumpir el embarazo” sólo para “fines terapéuticos”.⁷ No obstante, la ley no cumplió su cometido: en los 5 años siguientes a su entrada en vigencia, la mortalidad subió desde 749,9 hasta 989 x 100.000 nacidos vivos, debido principalmente a las complicaciones de los procedimientos utilizados para realizar el aborto.⁸ En el mismo sentido, en 1938 se produjo un cambio radical con la promulgación de la ley sobre alimentación madre e hijo, creada por Eduardo Cruz-Coke.⁹ Dicha ley fue el inicio del control prenatal y la alimentación complementaria de los niños en Chile, entregando leche gratuita para los lactantes (Koch, y otros, 2012). En buena parte, gracias a estas políticas públicas implementadas desde la primera mitad del siglo XX, Chile es uno de los países con mayor estándar de vida en cuanto a salud materna del mundo.

El siguiente punto crítico aconteció en 1989 con la prohibición definitiva del aborto terapéutico. Después de esta prohibición, como se puede apreciar en la figura 4, la mortalidad materna por aborto descendió al punto de ser en la actualidad prácticamente nula, alcanzando un riesgo de 1 en 4.000.000 de mujeres en edad fértil. Es interesante constatar que las muertes excepcionales que ocurren por aborto en Chile, no se deben al aborto clandestino, como lo expresa el gobierno en su proyecto de ley de aborto, sino que se deben a abortos espontáneos y embarazos ectópicos con complicaciones graves que, pese al manejo médico hospitalario, fallecen.

Figura 5.
Prohibición del aborto en Chile y mortalidad por aborto



Fuente: Koch E. Impact of Reproductive Law on Maternal Mortality: The Chilean Natural Experiment. *The Linacre Quarterly* 2013;80(2):151-160.

7.- Ley 226 de 1931. Artículo 226. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5113>

8.- Exposición de ELARD KOCH ante la Comisión de Salud del Senado de la República con ocasión de la discusión del proyecto de ley de “Despenalización del embarazo por razones médicas”. Boletín 7373-07 (Fusionado con Boletines 6522-11 y 6591-11).

9.- Ley 6.236 de 1938. Ley de alimentación madre e hijo. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=236230>

Lo anterior muestra que en contextos como el de Chile, las leyes restrictivas del aborto son más seguras para la mujer que aquellos países en donde se cuenta con leyes permisivas. En países donde la tasa de mortalidad materna es alta, se sugiere que la legalización del aborto colaboraría a su descenso; por el contrario, el caso de nuestro país es paradigmático y demuestra que la reducción de la mortalidad materna no tiene relación alguna con su legalización, como se ha mostrado también en la experiencia polaca o irlandesa.

No es un dato menor el señalar que en casi todos los países en que el aborto es legal, se comenzó con una ley de aborto terapéutico. En Europa se ha avanzado desde la restricción total a mediados del siglo pasado, hasta una ley de plazos, que permite el aborto desde un determinado número de semanas, siguiendo el patrón: i) aborto terapéutico por peligro de vida de la madre; ii) aborto eugenésico; iii) aborto por violación; iv) aborto por razones de salud (que incluye la salud mental de la madre); v) aborto por razones socioeconómicas; vi) aborto libre con plazos; vii) aborto libre.¹⁰

Para estos efectos, es interesante estudiar la evolución del caso español desde la aprobación de la primera ley de aborto terapéutico en 1985, una ley muy similar a la que actualmente se tramita en el Congreso Nacional.¹¹ En 1992, según cifras de Eurostat, se practicaron 44.962 abortos. La cifra ha aumentado ostensiblemente hasta 118,359 en 2011¹². En términos comparativos, el ejemplo español permite concluir que *una eventual despenalización en Chile sí tendría un efecto cultural en la validación del aborto por parte de la ciudadanía, sobre todo si se tiene en cuenta que España ha seguido la línea evolutiva de todos los países que han despenalizado el aborto, avanzando desde legislaciones restrictivas, como es el caso de Chile, hacia más permisivas*. Cabe mencionar que en el año 2010 la ley de aborto terapéutico vigente desde 1985 fue sustituida por una de aborto a plazos¹³ (es decir, considerando lícito el aborto bajo cualquier causal hasta las 14 semanas). De esta experiencia podemos observar a partir de los datos de Eurostat, que el total de aborto posterior a 2010 no es significativamente distinto a antes de 2010, lo que hace suponer que con leyes como la de 1985 —permisiva bajo conceptos poco definidos— que incluyen riesgo para la salud física o psíquica de la madre, se permite que se consideren como lícitos ciertos abortos que van más allá de las causales¹⁴, o que definitivamente existe una fuerte correlación entre la intención de aborto y la existencia de algunas de las causales explicitadas en la ley. Esta última hipótesis, queda sin sustento si consideramos los datos que presentamos sobre las determinantes de una intención de aborto en el punto II.

10.- La razón entre los nacidos vivos por aborto, utilizando datos de Naciones Unidas y Eurostat muestra cómo leyes no restrictivas han aumentado el número de abortos. En Rumania, después de 53 años de aprobación de la ley de aborto, existe 1 aborto por cada 1,68 nacidos vivos y en España, después de 25 años de la aprobación de la referida ley, hay 1 aborto por cada 4,26 nacidos vivos. Una estimación del año 2011 utilizando los datos de España, calcula lo que ocurriría en Chile si el aborto fuera despenalizado, alcanzando 81.788 en 50 años más, como se puede ver en la figura.

11.- Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. En: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-14138>

12.- Eurostat. <http://ec.europa.eu/eurostat>

13.- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. En: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-3514>

14.- Lo que se facilita gracias al concepto elástico de salud de la Organización Mundial de la Salud: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

V.- ¿Qué esconde el proyecto de ley sobre aborto?

El proyecto de ley presenta varias contradicciones. Hoy no vemos un proyecto coherente con las causas o situaciones de vulnerabilidad que originan el aborto. Éste se aproxima al embarazo vulnerable desde el prisma de derechos sexuales y reproductivos, los que considera parte integrante de los derechos humanos, incluso por sobre los derechos del niño que está por nacer.

A continuación, analizaremos algunas de las frases más relevantes del proyecto de ley, con el objeto de desmentir la necesidad de la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales en discusión: violación, inviabilidad fetal y riesgo de vida de la madre.

1.- *“Proyecto de ley que Regula la Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales”*. (p. 1): **Falso.**

Realidad: El título no es coherente con el contenido del proyecto. En primer lugar, en los hechos no despenaliza, sino que legaliza el aborto. El proyecto hace referencia al derecho a abortar de la mujer y que éste debe consagrarse como una *legítima prestación de salud* (p. 18). Es decir, lo que se pretende, no es sólo que las mujeres que aborten no vayan a la cárcel, sino que puedan hacerlo de manera lícita. Además, el proyecto no propone modificar meramente el Código Penal, sino que propone, además, eliminar la prohibición sanitaria de realizar actos cuyo fin sea provocar un aborto, contemplado en el artículo 119 del Código Sanitario. La despenalización, entonces, es sólo una de las reformas que se propone realizar, que, en definitiva, tienden a legalizar el aborto.

En segundo lugar, el proyecto habla de interrupción del embarazo. Esto es, a todas luces, algo absurdo, porque el embarazo, luego de esa “interrupción”, no va a “reanudarse”, precisamente porque lo que se hace es eliminar al niño que reside en el vientre materno.

2.- *“La penalización sin ningún tipo de excepción genera incertidumbre en los equipos médicos”* (p. 19): **Falso.**

Realidad: No hay médicos en la cárcel por haber efectuado intervenciones ilícitas que hayan provocado la muerte del feto. La legislación vigente prohíbe las prácticas médicas abortivas, no así aquellas intervenciones que tienen por finalidad salvar la vida de la madre, apoyadas en la medicina clásica, la *lex artis* y los principios éticos propios de la profesión (artículo 8 y 9 del Código de Ética del Colegio Médico). La medicina actual, mediante los avances científicos y las herramientas de las que dispone, está facultada para realizar tratamientos para enfrentar diversas patologías crónicas en mujeres, y que se pueden agravar a causa de un embarazo. Sólo este tipo de prácticas pueden denominarse “*terapéuticas*”, no así eliminar la vida del que está por nacer.

Cuando la madre padece un riesgo vital inminente, los médicos deben necesariamente decidir por la aplicación de un tratamiento cuyo fin no es la muerte del feto, sino salvar la vida materna. Si eventualmente muere el feto, esta sólo sobreviene como efecto del tratamiento, pero no producto de una intencionalidad expresa: la ley penal condena el aborto directo y buscado.

3.- *“Forzar a la mujer a llevar a término tal embarazo, o bien obligarla a que espere la muerte del feto, supone mantenerla en un permanente estado de duelo”* (p. 20): **Falso.**

Realidad: Aún cuando este tipo de situaciones supone una vivencia intensa y dolorosa, ello no debe ser motivo de justificación para acabar con la vida de un ser humano, por poco que sea el tiempo que pueda vivir. En el útero materno, cuando la mujer está embarazada, siempre hay un ser humano, y existe la posibilidad de supervivencia al nacer por tiempos variables que muchas veces son probabilísticos, e incluso, en ciertos casos, el diagnóstico puede errar, aun si se afirma que el feto viene con malformaciones graves.

La experiencia demuestra que la vivencia del duelo de la madre va de la mano con la protección de la vida del niño que está por nacer. El modelo del “Programa de Cuidados Paliativos Perinatales UC” – Acompaña_es se basa en principios de cuidados paliativos propuestos por la Organización Mundial de la Salud, cuyo fin es aliviar el dolor de la madre, respetar la vida y el instante de la muerte del hijo, abarcando los aspectos físicos, médicos, emocionales, espirituales y sociales del paciente que está por nacer, y de sus padres, según el modelo de los médicos norteamericanos David Munson y Steven Leuthner, implementado en Chile por el doctor Jorge Neira.¹⁵

4.- *“Las alteraciones estructurales congénitas o genéticas incompatibles con la vida extrauterina, deberán ser debidamente diagnosticadas”* (p. 19): **Falso.**

Realidad: Si bien el mensaje presidencial utiliza el concepto de “alteraciones estructurales congénitas o genéticas incompatibles con la vida extrauterina”, concepto que, en general, parece estar acotado, su lectura integral permite concluir que sigue primando el concepto de “inviabilidad del feto”, originalmente planteado en el programa de gobierno de la Presidenta. Por citar un ejemplo, en su artículo 1º, el proyecto de ley faculta a un médico cirujano para “*interrumpir un embarazo*” cuando la mujer se encuentre en “*riesgo vital, presente o futuro*”, expresión que de por sí es ambigua e imprecisa, y eventualmente puede ser objeto de interpretaciones antojadizas, como p. ej., la validación de un aborto eugenésico¹⁶, en el sentido de discriminar a los niños que sufren graves enfermedades. Además, en medicina, no siempre es fácil llegar a lo “debidamente diagnosticado”. Por ejemplo, existen diagnósticos errados de niños anencefálicos que han vivido años.

En la experiencia comparada, no siempre las legislaciones que invocan el concepto de inviabilidad del feto están asociadas a las malformaciones fetales. Por ejemplo, en países europeos con leyes ambiguas en esta materia, como es el caso de España o Francia, entre un 75% y un 96% de los fetos diagnosticados con Síndrome de Down, son tomados como casos de “inviabilidad”, siendo víctimas de un aborto eugenésico provocado (Boyd, y otros, 2008), fenómeno que no se observa en Chile justamente porque la ley vigente no da pie para la ambigüedad (Nazer & Cifuentes, 2011).

15.- Para mayor información, véase: Acompañar_es. <http://xn--acompaar-es-6db.cl/wp>

16.- Se entiende por “aborto eugenésico” aquel que está orientado a descartar a los embriones o fetos que presenten malformaciones, complicaciones para la sobrevivencia extrauterina o simplemente por no cumplir con los requerimientos esperados por los padres.

5.- “No reconocer la posibilidad que la mujer decida en caso de estar embarazada producto de una violación, constituye una nueva negación de su voluntad y una negación estatal por un acto en esencia abrogatorio de su dignidad”: **Falso.**

Realidad: Permitir el aborto en casos de violación (incesto o de cualquier tipo de agresión sexual), implica aceptar una acción que directamente tiene por objeto terminar con la vida del niño que está por nacer, lo que equivale a validar en este supuesto un aborto libre y, por lo tanto, no tener como foco las causales anteriores ni la realidad que está viviendo la mujer violentada. Sin contar que de este modo, se encubre al agresor y se olvida que la mayor cantidad de estos embarazos se producen en contextos de coerción, esto es, cuando la niña es presionada por su pareja, familiares o por el propio abusador a abortar, continuando, con el aborto, con su ciclo de violencia.

Según cifras de la Fundación Chile Unido, desde 1999 a la fecha se han acompañado a 119 mujeres embarazadas por violación, lo que corresponden a 1,62% del total de casos consultados¹⁷. Tales mujeres, que recibieron un acompañamiento efectivo e integral previnieron el aborto en un 95,8%, la gran mayoría asumiendo también su maternidad, verificándose que mayoritariamente la maternidad no viene dada a consecuencia de la imposición de una voluntad estatal, sino de la propia mujer, que libremente así lo decide después de un proceso de acompañamiento. De estas mujeres, sólo el 18,49% entregó a su hijo en adopción. Se agrega además que existe evidencia científica que relaciona el aborto inducido con situaciones de violencia física y sexual reiterada. Un estudio en el que participó la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica, muestra que la violencia es un factor de fuerte riesgo y consistente para el aborto y el “embarazo no deseado” (Pallitto, y otros, 2013)

6.- “Entre 2001 y 2012 hubo 395.305 casos de aborto, con un promedio de 32.992 abortos al año” (p. 4): **Falso.**

Realidad: La estimación de abortos clandestinos ha sido objeto de polémica. Se han visto cifras de abortos clandestinos entre 160.000 y 180.000 al año. Desde un punto de vista científico, no se puede saber exactamente cuántos ocurren al año, pero sí se puede delimitar su número con algunos métodos objetivos. A la fecha, el más acorde a la realidad, basándose en las estadísticas vitales y modelos objetivos de estimación científica, estima que se practican entre 16.000 y 20.000 mil abortos clandestinos por año (Koch, y otros, 2012).

Si bien el proyecto de ley calcula que el número promedio por año de abortos en Chile es de 32.990, considerando los egresos hospitalarios, cifra que es más cercana al cálculo de Koch, no excluye los egresos por aborto espontáneo, con esto se abultan las cifras para presentar este hecho como si fuese realmente un problema de salud pública en Chile.

17.- La evidencia científica no es concluyente respecto a estas cifras. Si se observan las cohortes que han denunciado violación, se ve que la prevalencia de embarazos lo largo de la vida fértil embarazada es de un 2% a 5% (Holmes, Resnick, Kilpatrick, & Best, 1996). Sin embargo, si se observan puntualmente los casos de un único asalto con violación, esta probabilidad cae a 0,1% o menos debido a factores externos. Por ejemplo, en los estudios clásicos de Nicolas Groth, más del 30% de los violadores presentó algún tipo de disfunción sexual que le impide depositar el semen en el interior de la vagina de la víctima (Groth & Birnbaum, 1979) A esto se debe agregar la probabilidad que la mujer asaltada esté utilizando algún método contraceptivo eficaz (en Chile, el 36% de las mujeres en edad fértil (Ministerio de Salud, 2007).

7.- “El Estado no puede seguir rehuendo de los organismos internaciones de derechos humanos, de la situación que viven mujeres que distintas edades y condiciones y que afecta principalmente a situaciones de mayor vulnerabilidad social” (p. 12): **Falso.**

Realidad: No existe ningún Tratado Internacional de Derechos Humanos, vigente y ratificado por Chile, que reconozca el derecho al aborto. En cambio, todos ellos protegen la vida del que está por nacer y la maternidad. Desde 1990 en adelante, y en especial desde el año 2000, es posible identificar una tendencia internacional a consagrar constitucionalmente la protección de la vida humana desde antes del nacimiento y, en general, desde la concepción, como un derecho humano protegido. No existe ni remotamente un consenso mundial en el sentido de reconocer un presunto “derecho al aborto” (Comunidad y Justicia, 2014).

Las recomendaciones u informes emanados de organismos internacionales, como los Comités de Monitoreo de Tratados o de alguna oficina especializada de Naciones Unidas como ONU Mujer, por ejemplo, no son fuentes formales del derecho internacional que obliguen al Estado de Chile a despenalizar o legalizar el aborto. *Las declaraciones de estos organismos, recomendaciones u conclusiones no constituyen prueba de una costumbre internacional o de un consenso de los Estados que resulte tener fuerza obligatoria.* Por el contrario, las convenciones relacionadas con la mujer y el niño que está por nacer, como la CEDAW¹⁸, la Convención sobre los derechos del niño (preámbulo y artículos 2 y 6), o Convención Americana de DD.HH (artículo 4.1) obligan a la protección de la maternidad vulnerable y del niño que está por nacer.

8.- “Se le reconoce a él o la médico (a) cirujano (a) la posibilidad de expresar, por escrito y previamente, su objeción de conciencia” (p. 23): **Falso.**

Realidad: Desde una perspectiva jurídica, se discute la existencia de objeción de conciencia institucional. Sin embargo, parte importante de la doctrina argumenta en favor de la existencia de la objeción de conciencia de personas jurídicas frente a la realización de abortos, tanto en Francia como en Estados Unidos. Por ejemplo, El art. L162-8 del Código de Salud Pública de Francia exime a instituciones privadas expresamente de realizar abortos si éstas no lo desean. Junto con ello, son 43 los estados de Estados Unidos los que permiten la objeción institucional a realizar abortos. En el fallo conocido como *hobby lobby*, la Corte Suprema de Estados Unidos permite la exención en el pago de abortivos dentro de los planes de salud de los empleados de organismos que por declaración de principios religiosos institucionales se opongan al aborto.

Además, el proyecto de ley sólo reconoce la posibilidad individual de objeción de conciencia a los médicos cirujanos y no a una institución u organización que esté frente a la posibilidad de realizar un aborto. Tampoco reconoce la objeción de conciencia a las matronas, enfermeras, y otras profesionales de la salud. Se agrega que, poner por escrito la objeción de conciencia, afecta el ejercicio de los derechos fundamentales, lo que es inconstitucional.

Esta argumentación es falaz, pues no reconoce la dimensión pública de la libertad. La desobediencia civil, expresión de ésta en la esfera pública en innumerables ejemplos de atropellos a los derechos humanos, constituye un medio político de un grupo que objeta una decisión democrática que considera ilegal o ilegítima, que es imposible de desconocer en una comunidad política (Saffirio & Micco, 2015).

18.- Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, Naciones Unidas, 1979. Ratificada por Chile en 1989. Esta convención en ningún párrafo habla expresamente de derechos sexuales y reproductivos.

9.- *“El proyecto establece que la mujer es quien debe decidir si continúa o no con el embarazo” (p. 25): Falso.*

Realidad: Si bien en el texto del proyecto se afirma que la intención es evitar la mortalidad materna y los traumas psicológicos de los embarazos críticos derivados de las tres causales, el proyecto valida la *autonomía de la mujer* como criterio rector para decidir si interrumpir o continuar con un embarazo, otorgándole al aborto, de modo subrepticio, la categoría de derecho, citando como ejemplo experiencias legales de otros países donde éste se permite sin expresión de causa.

No es la mujer quien debe decidir si interrumpe o no el embarazo. El uso del concepto de “interrupción del embarazo” es un mero eufemismo, porque el proyecto apunta a la extracción del embrión o feto en las causales referidas, considerando que éste no es capaz de sobrevivir extrauterinamente en la etapa de gestación propuesta (12 a 14 semanas). En estas condiciones claramente se considera aborto, pues no se puede “interrumpir” el embarazo para después continuarlo. Si el embrión pudiera sobrevivir, se hablaría de inducción de parto prematuro, lo cual recién sería posible a la semana 28.

10.- *“Un Estado que respeta los derechos humanos no puede sentirse orgulloso ni satisfecho de amenazar con pena privativa de libertad a aquellas mujeres que se encuentran en esta disyuntiva” (p. 3): Falso.*

Realidad: La penalización del aborto no tiene por objeto llevar a la gente a la cárcel, sino proteger un bien jurídico, siendo útil para descubrir verdades que sin él sería imposible, como la violación de una niña, por ejemplo. Tanto así que casi no hay mujeres que vayan a la cárcel. Cifras de Gendarmería y el Ministerio Público muestran que la penalización o criminalización del aborto, no es un problema. Entre los años 2010 y 2013 hubo 80 sentencias condenatorias por delito de aborto consentido, 10 por delito de aborto no consentido y dos por aborto cometido por un facultativo médico. Sólo 28 personas recibieron condena efectiva, de las que sólo 4 eran mujeres (sólo dos se encontraban en edad fértil). Por lo tanto, sólo 2 mujeres de 80 podrían encontrarse en alguno de los supuestos que haría necesaria la despenalización del aborto.¹⁹

Una eventual despenalización en el sentido que, en ciertas situaciones excepcionales y particularmente dolorosas (p. ej.: aborto por violación), el poder estatal renuncie a imponer una pena a la mujer que se ha practicado un aborto, no se justifica. El ordenamiento jurídico tiene previsto, en el artículo 10 del Código Penal, eximentes o atenuantes de la responsabilidad penal en casos de fuerza irresistible o miedo insuperable, lo que queda de manifiesto, como vimos, que en los últimos 10 años sólo 6 mujeres que abortaron fueron condenadas por un tribunal por cometer un aborto (Ossandón, 2011).

19.- Cifras solicitadas a Gendarmería de Chile y al Ministerio Público por Comunidad y Justicia. Disponibles en: <https://www.dropbox.com/s/3gsokxdo6kl3yfw/GendarmeriaAborto.pdf> y <https://www.dropbox.com/s/uemrvm7y63rnhzk/FiscaliaAborto.pdf>

11.- *“Chile es uno de los cuatro países que criminaliza el aborto en todas sus modalidades”* (p. 2): **Falso.**

Realidad: Este dato que se suele repetir en el debate público, está tomado del mapa confeccionado por el Centro de Derechos Reproductivos y que consigna que son 66 los países del mundo que hasta hoy prohíben totalmente el aborto o que sólo lo autorizan en el caso en que se encuentre en peligro la vida de la madre.

Lo que no se dice es que el resto de los 61 países analizados, coinciden, en general con los procedimientos médicos que se efectúan en nuestro país y que la ley vigente, los principios éticos de la medicina y la *lex artis*, no consideran un aborto, porque se trata de intervenciones médicamente lícitas. Tampoco se dice que son más de 125 países que no admiten nunca el aborto o sólo admiten intervenciones que sean necesarias para salvar la vida o la integridad física de la mujer. Sin contar que la tendencia mundial es a restringir el aborto, como ocurre en el caso de Hungría, República Dominicana y Kenya. (Henríquez, 2014)

12.- *“Se agregan disposiciones que hacen primar el deber de confidencialidad por sobre el deber de denuncia en caso de estar frente a una interrupción del embarazo realizada por la mujer o por un tercero con su consentimiento”* (p. 28): **Falso.**

Realidad: Actualmente, nuestra legislación resguarda la privacidad de los pacientes imponiéndoles a los médicos un deber de confidencialidad.²⁰ Este derecho del paciente junto al deber del médico, es fundamental para que la relación que entre ellos se entable sea sincera. Sin embargo, la confidencialidad (el secreto profesional) tiene límites. Uno de ellos es el deber de denunciar los delitos que el médico pueda conocer en el ejercicio de su profesión, como lo dispone el artículo 75 del Código Procesal Penal, letra d y artículo 949 N° 9 del Código Penal. Este límite, sin embargo, sólo se refiere “al deber de denunciar los hechos que tengan las características de delito, pero no aportan como prueba confesional los dichos del paciente, los que sí deberían quedar amparados por la confidencialidad de la relación médico paciente”. En este sentido, como explica Corral, “resulta excesivo sostener que el deber de confidencialidad prevalece siempre por sobre el deber público de denunciar los hechos delictivos que los médicos conozcan en el ejercicio de su profesión. Si fuera así, por ejemplo, no se podrían denunciar los abusos sexuales cometidos contra menores, los femicidios, el narcotráfico, las lesiones u homicidios en riña u otros delitos de igual o mayor gravedad” (Corral, 2014).

Lo que el médico no puede hacer es condicionar su atención a que la mujer confiese que ha realizado un aborto y comentar — en la denuncia, por ejemplo — detalles de la consulta. Sin embargo, ambas cuestiones no son contradictorias con el deber de denuncia. Lo único que se logra con la primacía de la confidencialidad por sobre la denuncia es facilitar que, quienes cometen delito de aborto, afecten el derecho fundamental de la vida y queden impunes.

20.- Ley 20.584 de 2012. Artículo 5, letra c.

VI.- A modo de conclusión

El embarazo vulnerable establece un marco conceptual adecuado para abordar la problemática del aborto en Chile, permitiendo situarse en el contexto social y personal que existe tras la decisión de una mujer que tiene la intención de abortar, junto con identificar los factores que influyen en esa realidad, con el objeto de poder dar una respuesta eficaz y humana a este hecho desde sus causas.

Una eventual despenalización del aborto en Chile no se justifica. Como se señaló en este documento, los casos que actualmente se discuten son puntuales y no necesitan de una legislación especial, pues tales mecanismos ya pueden tener solución en el actual derecho vigente. La despenalización de algunos supuestos *ex ante*, como se mostró en este informe, tendría más efectos negativos que positivos, en cuanto a la apertura de legislaciones más permisivas respecto al aborto.

La terminología utilizada para despenalizar el aborto y que hemos analizado a lo largo de estas páginas es confusa. El concepto de embarazo vulnerable permite analizar esta realidad con mayor precisión, al evidenciar la situación psicosocial que hay tras la decisión de abortar de la mujer. Esta perspectiva permite distinguir que la gran mayoría de las mujeres con embarazos no planificados y que piensa en realizarse un aborto, lo hace por un factor o situación de raíz externa que no tiene relación con el hijo o hija en gestación o con el embarazo mismo.

Hasta la fecha no ha existido un plan robusto sobre la prevención y acompañamiento de mujeres que tienen la intención de abortar. Haciendo eco de este vacío, el pasado 22 de enero de 2015, un grupo de parlamentarios de la Democracia Cristiana, independientes y de Renovación Nacional, presentaron un proyecto de ley que busca establecer un régimen de protección integral de la mujer con embarazo vulnerable y del hijo que está por nacer.²¹ En este contexto es fundamental tener en consideración esta iniciativa, porque sólo en la medida que se logre identificar correctamente cuáles son las causales de vulnerabilidad que explican una intención de aborto, podremos, como sociedad, dar una respuesta efectiva a esta difícil realidad.

Es fundamental que la adopción sea una medida alternativa para las mujeres que enfrentan embarazos vulnerables, sobre todo para aquellas que si bien deciden continuar con el proceso de gestación, por distintas circunstancias, no pueden o no quieren asumir su maternidad. Además, es necesario facilitar la institucionalidad necesaria para favorecer un sistema serio y expedito sobre adopción, junto con la propiciación de iniciativas comunicacionales que contribuyan a que la adopción sea percibida de manera positiva, erradicando el estigma de abandono que muchas veces se le atribuye y la discriminación que hay hacia las mujeres que optan por este camino.

VII.- Diez propuestas para enfrentar el embarazo vulnerable en Chile

PROPUESTA 1
RED DE AYUDA A LA MADRE
www.embarazovulnerable.cl

Disposiciones en el sistema de salud

Acceso a prestaciones y ayudas

Atención especial para adolescentes embarazadas

Centros de cuidado para mujeres con embarazo vulnerable

ideapaís.

Información de Redes de apoyo

Teléfono gratuito y página web que permita a esas madres conectarse con las redes de apoyo

#Por ELLA

PROPUESTA 2

CREAR UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES EN LOS HOSPITALES REGIONALES DEL PAÍS

- Programa concreto de apoyo y protección social que entregue garantías explícitas a familias cuando sus hijos tengan patologías fetales incompatibles con la vida.

- El programa debe estar a cargo del presupuesto de la Subsecretaría de Salud.

www.embarazovulnerable.cl

ideapaís.

¿QUÉ HARÁ LA UNIDAD?

Se creará en los hospitales bases regionales del país.

Replicará el “Programa de Cuidados Paliativos Perinatales UC” Acompañar es: Aliviar el dolor de la madre, respetar la vida y el instante de la muerte del hijo; se abarcan aspectos físicos, médicos, emocionales, espirituales y sociales del paciente que está por nacer y de sus padres.

PROPUESTA 3

POTENCIAR LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL



- Promover este programa desde el Ministerio de educación.
- Responsabilidad en el inicio de la sexualidad.

www.embarazovulnerable.cl

ideapaís.

De las jóvenes SEXUALMENTE ACTIVAS

21% de las mujeres ha tenido un embarazo no planificado

55% de las adolescentes tuvo un embarazo antes de cumplir **LOS 20 AÑOS**



PROPUESTA 4

REESTABLECER EL CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN APOYO A LA MATERNIDAD (CEAAM)

Con el Ceaam podemos entregar la ayuda a tiempo a un montón de mujeres que hoy lo necesitan.

ideapaís.

NO LLEGUEMOS TARDE #Por ELLA

www.embarazovulnerable.cl



- Servicio de atención telefónica/electrónica/presencial
- Gratuito y confidencial
- Orientación y contención para las madres embarazadas
- Profesionales capacitados en temas de apego, lactancia, duelo por pérdida de un hijo, embarazo vulnerable, adopción, depresión post parto, abuso sexual.



52,5% de las mujeres que realizaron un aborto presentó un trastorno de estrés agudo, desarrollando mayor prevalencia de sentimientos como **irritabilidad, vergüenza, miedo, odio a sí misma.**

32,5% DE ELLAS SUFRIERON DE ESTRÉS POS TRAUMÁTICO.



RIESGOS MÉDICOS



- Mayor prevalencia de cáncer de mamas
- Con el uso del Misoprostol, se aumentan las probabilidades de padecer embarazos subsecuentes prematuros, abortos espontáneos y rotura prematura de membrana.



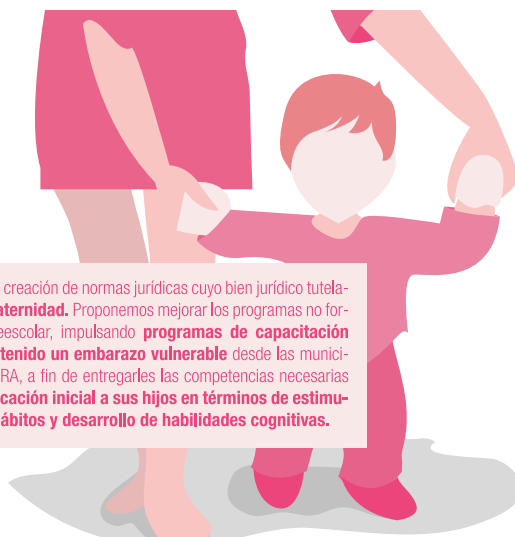
PROPUESTA 5

PROTECCIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL PARA LA MATERNIDAD

www.embarazovulnerable.cl

ideapaís.

Proponemos aumentar la creación de normas jurídicas cuyo bien jurídico tutelado sea la **familia y la maternidad**. Proponemos mejorar los programas no formales de educación preescolar, impulsando **programas de capacitación para madres que han tenido un embarazo vulnerable** desde las municipalidades o JUNJI/INTEGRA, a fin de entregarles las competencias necesarias para dar una **buena educación inicial a sus hijos en términos de estimulación, formación de hábitos y desarrollo de habilidades cognitivas.**



PROPUESTA 6

EN LA LEY ANTIDISCRIMINACIÓN:
INCORPORAR LA CATEGORÍA DE MA-
TERNIDAD Y EL NACIMIENTO

www.embarazovulnerable.cl

ideapaís.

Se propone modificar la ley 20.609 de manera de incorporar una nueva categoría: **la maternidad y el nacimiento**.

Hoy existen situaciones de discriminación; como por ejemplo al fuero materno. En el **artículo 201 del Código del Trabajo**, éste no es un derecho para las madres que pierden a sus hijos en estados muy avanzados de gestación. Opera sólo desde el nacimiento.

Incorporada en esta nueva categoría, cada mujer podrá ejercer la acción de no discriminación arbitraria establecida en el artículo 3 de la referida ley.

PROPUESTA 7

MODIFICACIÓN DE LA LEY DE DERECHOS
Y DEBERES DE LOS PACIENTES

"La mamá y los niños que están por nacer lo merecen.
Nuestro trabajo es por ellos".

ideapaís.

www.embarazovulnerable.cl

Introducción legal del principio "los dos pacientes". Esto se hace en países como Irlanda. Todo profesional debe abordar el tratamiento médico de manera consciente de preservar la vida y la salud de ambos pacientes.



PROPUESTA 8

POTENCIAR LA ACTUAL RED DE
HOGARES DE ACOGIDA PARA MUJERES
CON EMBARAZOS VULNERABLES
PERTENECIENTES AL SENAME

www.embarazovulnerable.cl

ideapaís.

Se necesita apoyo especializado y atención al bienestar de las mujeres.

Mujeres que no encuentran ayuda en círculos cercanos **acuden a centros de apoyo para la mujer**.

Se propone que el programa sea dirigido por el **Servicio Nacional de la mujer**.

Hacer extensible la cobertura para los casos de vulnerabilidad en todas las regiones; considerando en que en ellas **la tasa de embarazo adolescentes es mayor que el promedio nacional**.

Hoy las residencias no distinguen entre las edades de las menores. Se necesita que el recinto cuente con **separaciones por grupos etarios**.



Madre menores de 15 años Adolescentes entre 15 y 19 años Madres jóvenes entre 20 y 29 años

PROPUESTA 9

CREACIÓN DE CENTROS DE APOYO A MADRES ADOLESCENTES EN FACULTADES UNIVERSITARIAS



- Apoyo a las madres adolescentes desde las universidades, institutos profesionales y centros de formación técnica desde las carreras de medicina, psicología, trabajo social, derecho, enfermería de manera de apoyar a las madres que trabajan y estudian.



- Generar condiciones materiales y de trabajo social de manera de minimizar el riesgo de crear ambientes vulnerables, que sean proclives a abortar.

- Evitar la deserción universitaria.

www.embarazovulnerable.cl

ideapaís.

59,55%

DE LOS NACIDOS VIVOS TIENE A UNA MADRE ADOLESCENTE O JOVEN QUE ESTÁ CURSANDO ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

Mujeres entre 20 y 24 años
11,7%



Ha finalizado sus estudios superiores

Mujeres entre 25 y 29 años
26,7%

Mujeres que terminaron sus estudios, varía según NIVEL SOCIOECONÓMICO



"No queremos que la mamá tenga que optar por su hijo o por su carrera profesional. Ambas se pueden complementar. #PorEllas es hoy nuestro trabajo."

PROPUESTA 10

INTRODUCIR INDICACIÓN AL PROYECTO DE LA LEY DE REFORMA INTEGRAL AL SISTEMA DE ADOPCIÓN EN CHILE

www.embarazovulnerable.cl

ideapaís.

Introducir indicación al proyecto de ley de "reforma integral al sistema de adopción en Chile" que actualmente está en trámite en la Cámara de Diputados, con el fin de concientizar a la ciudadanía sobre la importancia de la adopción en nuestro país.



Proponemos agregar a la redacción del artículo 9 que trata -sobre el "principio del interés superior del niño"-al final de adolescentes, la frase "y el que está por nacer".

Modificar el artículo 10, que trata sobre uno de los principios rectores que rigen los procesos de adopción en Chile, que dice "Derecho de la niña, niño y adolescente a vivir en familia" por "Derecho de la niña, niño, adolescente y el que está por nacer a vivir en familia".

Referencias Bibliográficas

American Psychological Association. (2008). *Report of the Task Force on Mental Health and Abortion.* Washinton DC: APA.

Boyd, P., Devigan, C., Khoshnood, B., Loane, M., Garne, E., Doik, H., & Eurocat Working Group. (2008). Survey of prenatal screening policies in Europe for structural malformations and chromosome anomalies, and their impact on detection and termination rates for neural tube defects and Down's syndrome. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, May;115(6):689-96.

Coleman, P. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *The British Journal of Psychiatry*, Sep;199(3):180-6.

Comunidad y Justicia. (2014). *Aborto y derechos humanos: ¿qué dice el derecho internacional?* Santiago de Chile: CyJ.

Corral, H. (Mayo de 2014). Aborto clandestino y obligación de denuncia del médico. *Derecho y Academia.*

Finer, L., & Zolna, M. (2014). Shifts in Intended and Unintended Pregnancies in the United States, 2001–2008. *American Journal of Public Health*, 104, S1, S43-S48.

Gissler, M., Berg, C., Bouvier-Colle, M.-H., & Buekens, P. (2005). Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987–2000. *The European Journal of Public Health*, Oct;15(5):459-63.

Groth, N., & Birnbaum, J. (1979). Rape: Myths and Realities. *Men Who Rape*, pp 1-11.

Henríquez, T. (01 de Junio de 2014). Aborto: Chile y los cinco países retrógrados. *El Mostrador.*

Holmes, M., Resnick, H., Kilpatrick, D., & Best, C. (1996). Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Aug;175(2):320-4.

Huang, Y., Zhang, X., Li, W., Song, F., Dai, H., Wang, J., . . . Chen, K. (2014). A meta-analysis of the association between induced abortion and breast cancer risk among Chinese females. *Cancer Causes & Control*, Volume 25, Issue 2, pp 227-236.

IdeaPaís, & Comunidad y Justicia. (2014). *Embarazo vulnerable: realidad y propuestas.* Santiago de Chile: IdeaPaís.

IES, IdeaPaís, & IR. (2011). *Aborto 'terapéutico': 8 claves para el debate.* Santiago de Chile: IES.

INJUV. (2012). *VII Encuesta Nacional de la Juventud.* Santiago de Chile: INJUV.

Koch, E. (2013). Impact of reproductive laws on maternal mortality: recents cientific evidence from natural experiments on different populations. *Lecture at the life & family event in the United Nations.* New York: United Nations.

Koch, E. (2013). Impact of reproductive laws on maternal mortality: the Chilean natural experiment. *Lancet Quarterly*, May;80(2):151-60.

Koch, E. (2014). Epidemiología del aborto y su prevención en Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(5), 351-360.

Koch, E., Aracena, P., Bravo, M., Gatica, S., Stecher, J., Valenzuela, S., & Ahlers, I. (2012). Deficiencias a la estimación de abortos para Latinoamérica: respuesta de los autores Singh y Bankole. *Ginecología y Obstetricia México*, 80(11):740-747.

Koch, E., Thorp, J., Bravo, M., Gatica, S., Romero, C., Aguilera, G., . . . Ahlers, I. (2012). Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS ONE*, 7(5): e36613. doi:10.1371/journal.pone.0036613.

Luna, F. (2008). Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*, IV, fascículo N° 1, p.: 60-67.

Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Ann Dutton, M., Felipe Russo, N., & West, C. (2008). *Task Force on Mental Health and Abortion. Report of the Task Force on Mental Health and Abortion.* Washington DC: : American Psychological Association.

Makhlouf, M., Clifton, R., Roberts, J., Myatt, L., Hauth, J., Leveno, K., . . . Sorokin, Y. (2014). Adverse pregnancy outcomes among women with prior spontaneous or induced abortions. *American Journal of Perinatology*, Oct;31(9):765-7.

Ministerio de Desarrollo Social. (2012). Ficha de Protección Social 2012. Santiago de Chile: Presentación de María Paz Arzola.

Ministerio de Salud. (2007). *Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2006.* Santiago de Chile: MINSAL.

Nazer, J., & Cifuentes, L. (2011). Estudio epidemiológico global del síndrome de Down. *Revista chilena de pediatría*, 82 (2): 105-112.

OMS. (2012). *Aborto sin riesgos: Segunda edición guía técnica y de políticas para sistemas de salud.* Montevideo: OMS.

Ossandón, M. (2011). La intención de dar muerte al feto y su relevancia para la imputación objetiva y subjetiva en el delito de aborto. *Revista de Derecho Universidad Católica del Norte*, Año 18 - N° 2, 2011 pp. 103-136.

Pallitto, C., García-Moreno, C., Heise, L., Ellsberg, M., Watts, C., & Hansen, H. (2013). Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Volume 120, Issue 1, Pages 3–9.

Pinheiro, R., Coelho, F., Azevedo, R., & de Ávila, L. (2012). Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil: social, obstetric and psychiatric correlates. *The Journal of Affective Disorders*, Feb;136(3):520-5.

Saffirio, E., & Micco, S. (08 de Enero de 2015). Conciencia y comunidad en un partido político. *Documento DC sugiere expulsión de parlamentarios que aprueben proyecto de aborto terapéutico*.

Sánchez, I. (2014). Aporte de la UC al debate nacional. En C. P. UC, *El valor de la vida: reflexiones frente a un proyecto*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

Vukeli , J., Kapamadzija, A., & Kondi , B. (2010). Investigation of risk factors for acute stress reaction following induced abortion. *Medicinski pregled*, May-Jun;63(5-6):399-403.

Whiteman, V., August, E., Mogos, M., Naik, E., Garba, M., Sánchez, E., . . . Salihu, H. (2015). Pre-term birth in the first pregnancy and risk of neonatal death in the second pregnancy: a propensity score-weighted matching approach. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, Jan;35(1):30-6.

Yee Fook, W., Nelson Siu, S.-S., & Lau, T. (2005). Sexual dysfunction after a first trimester induced abortion in a Chinese population. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, Volume 126, Issue 2, Pages 255–258.

